

El valor de lograr la remisión en enfermedades reumáticas inflamatorias

Glosario de evidencia

2024



Acercas de

Este glosario de evidencias resume las investigaciones que se están llevando a cabo actualmente sobre la artritis inflamatoria y el valor de la remisión.

Este documento sirve como complemento del informe de la Alianza Global para el Acceso de Pacientes titulado *El valor de lograr la remisión en enfermedades reumáticas inflamatorias* (abril de 2024).

La Alianza Global para el Acceso de Pacientes se ha asociado con OPEN Health para recopilar los estudios que se destacan en este glosario.

Prevalencia	3
Impacto	5
Actuación temprana	7
Beneficios de la remisión	9
Soluciones de valía demostrada	17

Prevalencia



La **prevalencia** aumentará considerablemente

Artritis reumatoide

- Más de **18 millones de personas** en todo el mundo viven con artritis reumatoide (AR).^{1,2} La prevalencia es dos veces mayor en mujeres que en hombres.³
- Este número aumentará hasta los casi **32 millones para 2050 —lo que supone un incremento del 80 %—** según las estimaciones del Estudio sobre Carga Mundial de Enfermedad.²
- En algunas regiones se prevé un aumento superior al 200 %:
 - África subsahariana oriental, central y occidental
 - Asia meridional
 - Oceanía
 - África subsahariana meridional.²

Espondiloartritis

- La prevalencia mundial de la espondiloartritis (EspA)* es menos conocida. Se ha estimado que oscila entre el 0,20 % en el sudeste asiático y el 1,61 % en las comunidades del norte del Ártico.
- Esto significa que hay aproximadamente:
 - **13,1 millones de personas** con EspA en **Asia Oriental**
 - **4,5 millones de personas** con EspA en los **Estados Unidos**
 - **4,0 millones de personas** con EspA en **Europa**.⁴

* El término 'EspA' engloba a la espondilitis anquilosante, la EspA axial, la EspA enteropática, la EspA periférica, la artritis psoriásica y la artritis reactiva.

1. Organización Mundial de la Salud. Artritis reumatoide: datos y cifras. 28 de junio de 2023. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/rheumatoid-arthritis>

2. GBD 2021 Rheumatoid Arthritis Collaborators. Global, regional, and national burden of rheumatoid arthritis, 1990–2020, and projections to 2050: a systematic analysis of the Global Burden of Disease Study 2021. *Lancet Rheumatol.* 2023;5(10):e594-e610.

3. Cross M et al. The global burden of rheumatoid arthritis: estimates from the global burden of disease 2010 study. *Ann Rheum Dis.* 2014;73(7):1316-22.

4. Stolwijk C, et al. Global prevalence of spondyloarthritis: a systematic review and meta-regression analysis. *Arthritis Care Res.* 2016;68(9):1320-31.

Impacto



Las enfermedades musculoesqueléticas son **debilitantes**

- Las enfermedades reumáticas inflamatorias pertenecen a la familia de las enfermedades musculoesqueléticas (ME). Según un análisis sistemático de la base de datos de la Organización Mundial de la Salud sobre carga de enfermedad, que abarca 183 países, **la carga asociada a las enfermedades ME aumentó considerablemente** entre 2000 y 2015. La carga se observa en el aumento —de 80 millones a 108 millones— de los años de vida ajustados en función de la discapacidad (AVAD) en estos años.
- Las enfermedades ME fueron la **segunda causa de años vividos con discapacidad** (YLD) en el mundo en 2015, después de los trastornos psiquiátricos.¹
- En la Unión Europea (UE):
 - Las enfermedades ME son la **principal causa de discapacidad**.²
 - Para 2030, hasta la mitad de la población en edad de trabajar de los Estados miembros podría tener diagnosticada una enfermedad ME crónica.²
 - **La mitad de todas las ausencias** se deben a enfermedades ME.³
 - **El 60 % de los casos de incapacidad laboral permanente** se deben a enfermedades ME.³
- El aumento de la carga es especialmente acusado en los países de renta alta, que tienen una mayor esperanza de vida y una elevada proporción de personas mayores (en comparación con el número de jóvenes). Sin embargo, debido a la mejora general de la atención médica y a los rápidos cambios en los riesgos asociados al estilo de vida —como el tabaquismo, la obesidad y la reducción de la actividad física—, se espera un aumento similar en los países de renta más baja.⁴
- En el Reino Unido (RU), ejemplo de país de renta alta, las dolencias ME forman parte de la Estrategia sobre enfermedades importantes, en la que se destacan como estrategias principales **el diagnóstico precoz, la intervención temprana y el tratamiento de calidad**.⁵
- En el debate político del Reino Unido, se reconoce que, además del impacto social y emocional que tiene la enfermedad en sí, ésta puede provocar **desempleo y empobrecimiento**, así como costes sustanciales para el estado en forma de seguridad social y gasto del NHS (el sistema nacional de salud británico). **"Es una cuestión de vitalidad económica"**⁶

1. Sebbag E, et al. The world-wide burden of musculoskeletal diseases: a systematic analysis of the World Health Organization burden of diseases database. *Ann Rheum Dis*. 2019;78(6):844-48.

2. Cross M et al. The global burden of rheumatoid arthritis: estimates from the global burden of disease 2010 study. *Ann Rheum Dis*. 2014;73(7):1316-22.

3. Por qué debe ser prioritario el abordaje temprano de las enfermedades crónicas en la población activa de la UE: llamado a la acción para la Presidencia letona de la UE y los Estados miembros.

4. Sebbag E, et al. The worldwide burden of musculoskeletal diseases: a systematic analysis of the World Health Organization Burden of Diseases Database. *Ann Rheum Dis*. 2019;78(6):844-48

5. Departamento de Sanidad y Atención Social. Estrategia sobre enfermedades importantes: la necesidad de introducir cambios y nuestra fuerza laboral estratégica. 21 de agosto de 2023. <https://www.gov.uk/government/publications/major-conditions-strategy-case-for-change-and-our-strategic-framework/major-conditions-strategy-case-for-change-and-our-strategic-framework--2>

6. Parlamento del Reino Unido. Enfermedades musculoesqueléticas y empleo (en inglés). 10 de enero de 2024. <https://hansard.parliament.uk/commons/2024-01-10/debates/0ABAE0C-A704-4A15-8362-7FD0D6B2020B/MusculoskeletalConditionsAndEmployment>

Actuación temprana



Actuar temprano resulta crucial para prevenir la discapacidad a largo plazo

- Actuar temprano en las enfermedades ME inflamatorias puede evitar daños irreversibles derivados de la enfermedad. En 2010, se calculó que la AR causó **4,8 millones de AVAD** en todo el mundo.¹
- Un estudio realizado en Estados Unidos reveló que las personas con AR presentan un **riesgo significativamente mayor de muerte, con un exceso de mortalidad del 27 %**.²
- Si bien las personas con AR con frecuencia también sufren otras enfermedades, se ha demostrado que la AR en sí, —independientemente de la presencia o no de comorbilidades— está asociada de manera significativa con mortalidad.³
- Aunque la enfermedad sigue reduciendo la esperanza de vida, **hoy en día las personas con AR viven más tiempo que nunca**, sobre todo gracias a la mejora de la medicación. Esto significa que pueden estar **muchos años de su vida afrontando la discapacidad**.
- Los años vividos con discapacidad son el factor que más contribuye a los 4,8 millones de AVAD que hay en todo el mundo. Esto equivale a 4 800 000 años de vida sana perdidos.¹
- Aunque una intervención temprana resulta crucial, hay muy pocos pacientes que reconozcan este hecho. En el Reino Unido, entre el 50 % y el 75 % de las personas con AR posponen durante 3 meses o más la búsqueda de atención médica. Después de eso, los pacientes acuden al médico de cabecera unas 4 veces (en promedio) antes de ser derivados al especialista. Todos estos retrasos se van acumulando: en promedio, pasan **9 meses desde la aparición de los síntomas hasta el inicio del tratamiento**.⁴



4 800 000

AÑOS DE VIDA SANA PERDIDOS

1. Cross M et al. The global burden of rheumatoid arthritis: estimates from the global burden of disease 2010 study. *Ann Rheum Dis*. 2014;73(7):1316-22.
2. Gabriel SE, et al. Survival in rheumatoid arthritis: a population-based analysis of trends over 40 years. *Arthritis Rheum*. 2003;48(1):54-58.
3. Navarro-Cano G, et al. Association of mortality with disease severity in rheumatoid arthritis, independent of comorbidity. *Arthritis Rheum*. 2003;48(9):2425-33.
4. NAO. Servicios para personas que padecen artritis reumatoide (en inglés). 15 de julio de 2009. <https://www.nao.org.uk/reports/services-for-people-with-rheumatoid-arthritis/>

Beneficios de la remisión



Lograr la remisión supone un punto de inflexión para los pacientes y para los sistemas sanitarios

Abordar las enfermedades inflamatorias solo desde un punto de vista ME amplio no es hacer lo correcto por aquellos que padecen afecciones inflamatorias. Dichas estrategias suelen orientarse hacia el dolor lumbar y la artrosis, así como la consiguiente fisioterapia, cirugía y los ajustes en el lugar del trabajo. En la actualidad, las personas con artritis inflamatoria no reciben una atención óptima:

- Con frecuencia, el tratamiento no se inicia dentro del margen (intervalo) terapéutico de 12 semanas.¹
- De aquellas personas que reciben tratamiento médico, el 70 % no logra la remisión.²

Para las afecciones inflamatorias, **el objetivo debe ser la prevención a través del diagnóstico precoz y un enfoque de «tratamiento con la remisión como objetivo»**, siendo la remisión la ausencia de signos y síntomas de la enfermedad.

Lograr la remisión supone un punto de inflexión tanto para las personas como para los sistemas de salud; para los funcionarios de salud pública debe ser el objetivo a alcanzar.

Beneficios de la remisión



Productividad laboral

aumento del 37-75 %^{3,4,5}



Gastos en atención médica

ahorro del 19-52 %⁵



Mejora de los resultados

una mejor salud física; es decir, menos dolor y fatiga y un mejor estado mental^{3,6,7,8,9}

1. NAO. Servicios para personas que padecen artritis reumatoide (en inglés). 15 de julio de 2009. <https://www.nao.org.uk/reports/services-for-people-with-rheumatoid-arthritis/>

2. Yu C, et al. Remission rate and predictors of remission in patients with rheumatoid arthritis under treat-to-target strategy in real-world studies: a systematic review and meta-analysis. *Clin Rheumatol*. 2019;38(3):727-38.

3. Radner H, et al. Remission in rheumatoid arthritis: benefit over low disease activity in patient-reported outcomes and costs. *Arthritis Res Ther*. 2014;16(1):R56.

4. Miranda LC, et al. Finding Rheumatoid Arthritis Impact on Life (FRAIL Study): economic burden. *Acta Reumatol Port*. 2012;37(2):134-42.

5. Ostor AJ, et al. value of remission in patients with rheumatoid arthritis: a targeted review. *Adv Ther*. 2022;39(1):75-93.

6. Curtis JR, et al. Patient perspectives on achieving treat-to-target goals: a critical examination of patient-reported outcomes. *Arthritis Care Res (Hoboken)*. 013;65(10):1707-12.

7. Ishida M, et al. Residual symptoms and disease burden among patients with rheumatoid arthritis in remission or low disease activity: a systematic literature review. *Mod Rheumatol*. 2018;28(5):789-99.

8. Kekow J, et al. Improvements in patient-reported outcomes, symptoms of depression and anxiety, and their association with clinical remission among patients with moderate-to-severe active early rheumatoid arthritis. *Rheumatology (Oxford)*. 2011;50(2):401-409.

9. Son CN, et al. Sleep quality in rheumatoid arthritis, and its association with disease activity in a Korean population. *Korean J Intern Med*. 2015;30(3):384-90.

La remisión les permite a las personas **trabajar**

Uno de los beneficios más atractivos y convincentes de la remisión es que les permite a las personas ser **más productivas en su vida cotidiana**.

Cuando ya no están agobiadas por los efectos debilitantes de la artritis inflamatoria, pueden participar más activamente en el mundo laboral. Por el contrario, aquellas personas que no logran la remisión de la enfermedad pueden verse atrapadas en un círculo sin fin de prestaciones por discapacidad y desempleo. Esto no solo afecta a su independencia económica, sino que también ejerce presión sobre los sistemas de asistencia social.

Aumentar la tasa de remisión permite a las personas llevar una vida plena y económicamente productiva, lo que redundará en su propio beneficio y en el de la sociedad en su conjunto. La Oficina Nacional de Auditoría del Reino Unido ha declarado que «el retraso en el tratamiento (de la AR) es perjudicial para la salud de los pacientes, su calidad de vida y también para la economía, teniendo en cuenta que tres cuartas partes de las personas están en edad laboral cuando reciben el diagnóstico».¹

La incapacidad laboral —que equivale, con otras palabras, a una jubilación anticipada— es el principal factor causante de pérdida de productividad. Por lo tanto, evitar o retrasar la jubilación anticipada puede suponer un importante ahorro de costes.

Existen varias formas de analizar la productividad laboral: el deterioro de la productividad, los días de trabajo perdidos y la incapacidad laboral.

Hay varios estudios que cuantifican los días de trabajo perdidos por enfermedades reumáticas inflamatorias.

- **En el Reino Unido, se calcula que el coste de los días de trabajo perdidos debido a la artrosis y la AR fue 2 600 millones de libras en 2017** según Versus Arthritis, que pronostica que **la cifra aumentará a 3 400 millones de libras en 2030**.²
- También en el **Reino Unido**, la Sociedad Británica de Espondiloartritis Axial calculó que un paciente de 26 años que ha esperado 8,5 años hasta recibir el diagnóstico de **EspA axial** es probable que **pierda a lo largo su vida unas 187 000 libras**, la mayoría por la **pérdida de productividad** debida a la reducción del empleo.²
- Un estudio realizado en **Argentina** en personas con **AR** descubrió que **los costes indirectos** de los días de trabajo perdidos eran **2,3 veces mayores** para aquellas personas con enfermedad activa que para aquellas cuya enfermedad está en remisión, utilizando para ello el grupo de mejor puntuación del Cuestionario de Evaluación de la Salud como indicador equivalente de remisión / como una aproximación de la remisión.³

Tanto un estudio **austriaco** como uno **japonés** que analizaron los niveles de deterioro relacionado con la **AR** en personas trabajadoras hallaron que **las personas en remisión presentaban un menor deterioro de la productividad** que aquellas con baja actividad de la enfermedad (LDA) o con actividad de la enfermedad media/alta (M/HDA).

1. NAO. Servicios para personas que padecen artritis reumatoide (en inglés). 15 de julio de 2009. <https://www.nao.org.uk/reports/services-for-people-with-rheumatoid-arthritis/>

2. Parlamento del Reino Unido. Enfermedades musculoesqueléticas y empleo (en inglés). 10 de enero de 2024. <https://hansard.parliament.uk/commons/2024-01-10/debates/0ABAE0C-A704-4A15-8362-7FD0D6B2020B/MusculoskeletalConditionsAndEmployment>

3. Secco A, et al. Epidemiología, uso de recursos y costos de la artritis reumatoidea en Argentina. *Rev Peru Med Exp Salud Publica*. 2020;37(3):532-40.

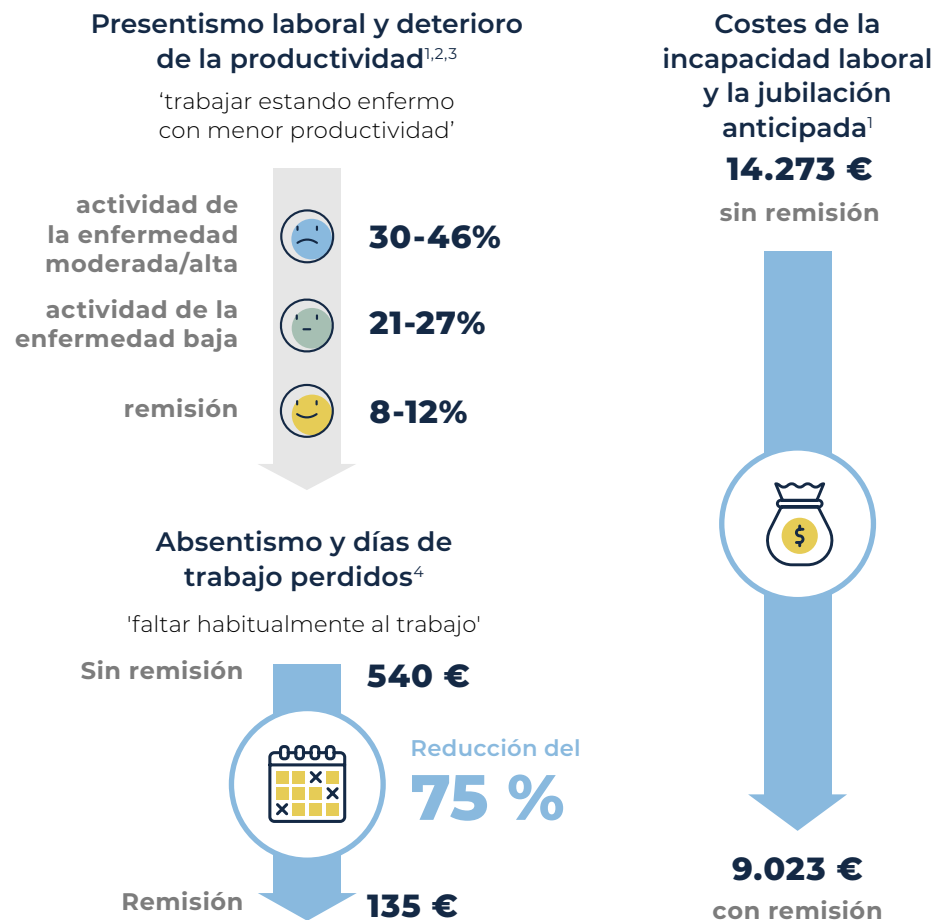
En comparación con la productividad de una persona sin AR, la AR en remisión solo hace que seas un 8-12 % menos productivo; por el contrario, aquellas personas con LDA son un 21-27 % menos productivas y aquellas con M/HDA son un 30- 46 % menos productivas.^{1,2,3}

- **La remisión puede hacer que disminuyan los costes indirectos, incluidas las pérdidas de productividad laboral:**
 - En Portugal, la pérdida de productividad laboral —en términos de días de trabajo perdidos, incluidos los de todos los miembros de la familia— se redujo en un 75 % (es decir, de 540 a 135 euros) anualmente.⁴
 - En Austria, la remisión se asoció a una reducción de los costes indirectos anuales (es decir, de 14 273 a 9 023 euros). El estudio austriaco tuvo en cuenta la pérdida de productividad laboral, incluida la jubilación anticipada (incapacidad laboral).¹ De hecho, el 34 % de los participantes jubilados del estudio se habían jubilado anticipadamente debido a la AR.³

Volviendo a la cuestión planteada por la Oficina Nacional de Auditoría del Reino Unido, invertir **en salud, en prevención y en capacidad tiene un retorno positivo de la inversión al reducir** el gasto social debido a la discapacidad. Aunque se ha argumentado claramente que una inversión de 11 millones de libras en sanidad se vería compensada con creces por un ahorro de 31 millones de libras en prestaciones sociales, las repercusiones interministeriales han obstaculizado la actuación.⁵

Dicho crudamente: desde una perspectiva social, una morbilidad elevada sale más cara que una mortalidad elevada.

Impacto anual por persona en la productividad



1. Ostor AJ, et al. Value of remission in patients with rheumatoid arthritis: a targeted review. *Adv Ther.* 2022;39(1):75-93.
 2. Kim D, et al. Importance of obtaining remission for work productivity and activity of patients with rheumatoid arthritis. *J Rheumatol.* 2017;44(8):1112-17.
 3. Radner H, et al. Remission in rheumatoid arthritis: benefit over low disease activity in patient-reported outcomes and costs. *Arthritis Res Ther.* 2014;16(1):R56.

4. Miranda LC, et al. Finding Rheumatoid Arthritis Impact on Life (FRAIL Study): economic burden. *Acta Reumatol Port.* 2012;37(2):134-42.
 5. Bevan S. Reducing temporary work absence through early intervention: the case of MSDs in the EU. Fit for Work. The Work Foundation (parte de la Universidad de Lancaster).

La remisión **hace que disminuya** el gasto sanitario

- Existe un marcado contraste entre los pacientes que alcanzaron la remisión y los que no la alcanzaron en lo que respecta a los costes médicos y la utilización de recursos sanitarios.
- **Los pacientes en remisión tuvieron sistemáticamente menores costes médicos directos y una menor utilización de recursos sanitarios** que los que no estaban en remisión, según una revisión reciente sobre AR que abarcó 16 estudios de 12 países y 3 continentes.¹
- La remisión se asoció con **un ahorro del 19-52 %** en costes médicos directos.¹
- La mediana de los costes médicos anuales era de 2464 euros (rango: entre 821 y 11 272 euros) para los pacientes en remisión, frente a 4717 euros (rango: entre 1042 y 16 879 euros) para los pacientes que no estaban en remisión.¹
- El ahorro de costes asociado a la remisión, en comparación con una actividad de la enfermedad baja o media-alta, fue de 285 euros (20 %) y 3804 euros (51 %), respectivamente.¹
- El número de **ingresos hospitalarios fue un 64 % menor** en las personas en remisión que en las que presentaban una actividad de la enfermedad media-alta. El número de **cirugías articulares fue un 53 % menor** y el de **radiografías un 24 % menor**.²

Hospitalizaciones



reducción del
↓ **64%**

Cirugías articulares



reducción del
↓ **53%**

Radiografías



reducción del
↓ **24%**

1. Ostor AJ, et al. Value of remission in patients with rheumatoid arthritis: a targeted review. *Adv Ther.* 2022;39(1):75-93.

2. Boytsov N, et al. Increased healthcare resource utilization in higher disease activity levels in initiators of TNF inhibitors among US rheumatoid arthritis patients. *Curr Med Res Opin.* 2016;32(12):1959-67

- En una investigación llevada a cabo en Argentina se halló que los costes hospitalarios de los pacientes con AR eran 20 veces mayores para los pacientes que estaban en la banda 2,6-3,0 del Cuestionario de evaluación de la salud que para aquellos que estaban en la banda 0,0-0,5; esta última banda podría interpretarse como un indicador equivalente de remisión.¹
- En un estudio austriaco se halló que los costes médicos anuales de pacientes con AR con baja actividad de la enfermedad eran un 20 % más altos y con actividad de la enfermedad media-alta eran un 71 % más altos que los de aquellos que estaban en remisión.²
- En un estudio colombiano se halló que los costes médicos directos son 2,1 veces mayores en pacientes con AR con actividad de la enfermedad intensa o grave que en pacientes en remisión.³
- En el análisis de un registro estadounidense sobre artritis psoriásica (APs) y espondilitis anquilosante (EA)* se evaluó el impacto de la remisión y se halló que los pacientes cuya enfermedad no estaba controlada tenían entre 3,0 (APs) y 7,7 (EA) veces más probabilidades de tener un ingreso hospitalario.⁴
- Además, el estudio reveló que los costes de hospitalización por paciente y año eran 3,5 veces más altos en los pacientes con APs no controlada que en aquellos con APs controlada.⁴
- Los pacientes con EA de Europa Central y del Este que alcanzaron un estado de baja actividad de la enfermedad al cabo de 12 meses presentaron una reducción de hasta el 83 % en el número y la duración de las hospitalizaciones, así como un menor número de visitas al profesional sanitario.⁵

Por último, cabe señalar que las personas con enfermedad inflamatoria no controlada han de pagar de su propio bolsillo una cantidad considerable⁶, que puede llegar a suponer cerca del 20 % de los ingresos familiares (EE.UU., 2009).⁷ El ahorro en gastos directos del paciente al lograr la remisión se suma al ahorro de los costes médicos directos mencionado anteriormente.

* El término 'EspA' engloba a la espondilitis anquilosante, la EspA axial, la EspA enteropática, la EspA periférica, la artritis psoriásica y la artritis reactiva.

1. Secco A, et al. Epidemiología, uso de recursos y costos de la artritis reumatoidea en Argentina. *Rev Peru Med Exp Salud Publica*. 2020;37(3):532-40.
2. Radner H, et al. Remission in rheumatoid arthritis: benefit over low disease activity in patient-reported outcomes and costs. *Arthritis Res Ther*. 2014;16(1):R56.
3. Santos-Moreno P, et al. Centers of excellence implementation for treating rheumatoid arthritis in Colombia: a cost-analysis. *Clinicoecon Outcomes Res*. 2021;13:583-91.
4. Bergman MJ, et al. Clinical and economic benefit of achieving disease control in psoriatic arthritis and ankylosing spondylitis: a retrospective analysis from the OMI Registry. *Rheumatol Ther*. 2023;10:187-99.

5. Opris-Belinski D, et al. Impact of adalimumab on clinical outcomes, healthcare resource utilization, and sick leave in patients with ankylosing spondylitis: an observational study from five Central and Eastern European countries. *Drugs Context*. 2018;7:212556.
6. Parlamento del Reino Unido. Enfermedades musculoesqueléticas y empleo (en inglés). 10 de enero de 2024. <https://hansard.parliament.uk/commons/2024-01-10/debates/0ABAEEOC-A704-4A15-8362-7FD0D6B2020B/MusculoskeletalConditionsAndEmployment>
7. Wolfe F, et al. Out-of-pocket expenses and their burden in patients with rheumatoid arthritis. *Arthritis Rheum*. 2009;61:1563-70.
8. Ostor AJ, et al. Value of remission in patients with rheumatoid arthritis: a targeted review. *Adv Ther*. 2022;39(1):75-93.



LA REMISIÓN DE LA AR
SE ASOCIA A
**un ahorro del 19-52 %
en gastos médicos**
RESPECTO A LA
AUSENCIA DE REMISIÓN.⁸



Mejora de los resultados

La mejora de los resultados y de la función física observada en pacientes en remisión se traduce en beneficios humanísticos, incluso cuando se compara con aquellos pacientes que presentan una baja actividad de la enfermedad.^{1,2,3}

- Los pacientes con AR en remisión obtienen puntuaciones más altas (mejores) en el EQ-5D y en el Cuestionario sobre salud abreviado de 36 ítems (SF-36); ambos evalúan la calidad de vida (CdV) basándose en diferentes dominios.⁴
- En concreto, los pacientes en remisión tienen una mejor calidad de vida en términos de salud física, como indican la **disminución del dolor y la fatiga**,^{2,5,6} la **mejora del estado mental** (p. ej., mejor calidad del sueño y menos depresión y ansiedad),^{5,6,7,8} y una **mayor productividad o capacidad laboral**.^{2,5,9}

- Se ha demostrado que la capacidad de realizar un trabajo remunerado, en sí misma, tiene un impacto positivo en la CdV, según se midió con el SF-36 en un **estudio noruego sobre AR** donde se tuvieron en cuenta los datos demográficos y la gravedad de la enfermedad.⁹
- Un estudio turco realizado en personas con **EA** (N = 962) notificó una reducción significativa de la CVRS en los pacientes con un control deficiente de la enfermedad, según lo indicado por el Índice de Bath de actividad de la enfermedad para espondilitis anquilosante (BASDAI),¹⁰ Concretamente, los pacientes con un BASDAI < 4 presentaban una CV de 4,6 en el Cuestionario sobre Calidad de Vida en casos de EA (ASQoL)^{11,12} y aquellos con un BASDAI ≥ 4 una CV de 11,2. El ASQoL oscila entre 0 y 18; una puntuación más alta indica una peor calidad de vida.¹³

1. Klarenbeek NB, et al. Association with joint damage and physical functioning of nine composite indices and the 2011 ACR/EULAR remission criteria in rheumatoid arthritis. *Ann Rheum Dis*. 2011;70(10):1815-21.
2. Radner H, et al. Remission in rheumatoid arthritis: benefit over low disease activity in patient-reported outcomes and costs. *Arthritis Res Ther*. 2014;16(1):R56.
3. Van Tuyl LH, et al. Evidence for predictive validity of remission on long-term outcome in rheumatoid arthritis: a systematic review. *Arthritis Care Res (Hoboken)*. 2010;62(1):108-17.
4. Ostor AJ, et al. Value of remission in patients with rheumatoid arthritis: a targeted review. *Adv Ther*. 2022;39(1):75-93.
5. Ishida M, et al. Residual symptoms and disease burden among patients with rheumatoid arthritis in remission or low disease activity: a systematic literature review. *Mod Rheumatol*. 2018;28(5):789-99.
6. Curtis JR, et al. Patient perspectives on achieving treat-to-target goals: a critical examination of patient-reported outcomes. *Arthritis Care Res (Hoboken)*. 013;65(10):1707-12.
7. Kekow J, et al. Improvements in patient-reported outcomes, symptoms of depression and anxiety, and their association with clinical remission among patients with moderate-to-severe active early rheumatoid arthritis. *Rheumatology (Oxford)*. 2011;50(2):401-409.

8. Son CN, et al. Sleep quality in rheumatoid arthritis, and its association with disease activity in a Korean population. *Korean J Intern Med*. 2015;30(3):384-90.
9. Grønning K, et al. Paid work is associated with improved health-related quality of life in patients with rheumatoid arthritis. *Clin Rheumatol*. 2010;29(11):1317-22.
10. Garrett S, et al. A new approach to defining disease status in ankylosing spondylitis: the Bath Ankylosing Spondylitis Disease Activity Index. *J Rheumatol*. 1994;21(12):2286-91.
11. Doward LC, et al. Development of the ASQoL: a quality of life instrument specific to ankylosing spondylitis. *Ann Rheum Dis*. 2003;62:20-26.
12. van der Heijde DM, et al. Physical function, disease activity, and health-related quality-of-life outcomes after 3 years of adalimumab treatment in patients with ankylosing spondylitis. *Arthritis Res Ther*. 2009;11:R124.
13. Bodur H, et al. Quality of life and related variables in patients with ankylosing spondylitis. *Qual Life Res*. 2011;20(4):543-49.

En un estudio clínico multinacional realizado en personas con APs, se comparó a los respondedores con actividad mínima de la enfermedad con los no respondedores. En comparación con los valores iniciales, **los respondedores con actividad mínima de la enfermedad mostraron mejoras significativamente mayores** que los no respondedores en cada uno de los dominios del SF-36, la puntuación global del SF-36, el EQ-5D-5L y la EVA del EQ-5D.¹

- También es interesante que en un estudio de seguimiento de gran tamaño y 20 años de duración² se descubriera que el Cuestionario de evaluación de la salud (HAQ) y otras variables comunicadas por los pacientes eran los predictores más sólidos de mortalidad en casos de AR, más sólidos incluso que los datos analíticos, radiográficos y de la exploración física. Estos resultados subrayan la importancia de recoger datos notificados por los pacientes y de actuar en consecuencia.

La AR y sus comorbilidades conducen rápidamente a la discapacidad. En un estudio realizado en Polonia con 1000 participantes se vio que al 53 % de los pacientes con AR se les había diagnosticado discapacidad.³

- Asimismo, la AR provoca depresión, que aparece en el 17-42% de los pacientes, y también ansiedad: de hecho, el 53-71% de los pacientes sufren depresión, ansiedad o ambas.⁴

Los pacientes en remisión tienen mejor calidad de vida



Menos dolor y fatiga



Mejor estado mental



Mayor productividad laboral



1. Coates LC, et al. Achieving minimal disease activity in psoriatic arthritis predicts meaningful improvements in patients' health-related quality of life and productivity. *BMC Rheumatol.* 2018;2:24.

2. Wolfe F, et al. Out-of-pocket expenses and their burden in patients with rheumatoid arthritis. *Arthritis Rheum.* 2009;61:1563-70.

3. Grygielska J. The impact of rheumatoid arthritis on the economic situation of Polish households. *Rheumatology.* 2013;51(5):348-354.

4. Isik A, et al. Anxiety and depression in patients with rheumatoid arthritis. *Clin Rheumatol.* 2007;26(6):872-78.

Soluciones de valía demostrada



Soluciones de valía demostrada

Desde 2009, la Coalición Fit for Work Europe ha impulsado un enfoque sostenible para reducir la enorme carga asociada a las enfermedades ME. Se han propuesto y probado en la práctica varias soluciones con buena relación coste-efectividad.

Entre las estrategias importantes están:

1. El diagnóstico y la intervención

tempranos, idealmente transcurridas menos de 12 semanas desde el inicio de los síntomas, son clave para que el tratamiento de la artritis inflamatoria dé resultados óptimos.^{1,2,3} Estas 12 semanas constituyen el denominado «margen (o intervalo) terapéutico».^{4,5,6} El único factor predictivo para lograr la remisión en la AR es el diagnóstico temprano e iniciar cuanto antes un tratamiento eficaz,⁷ con lo que las posibilidades de remisión se duplican si esto ocurre.^{8,9} El diagnóstico temprano empieza por la concienciación, y la **concienciación ciudadana** es algo que debe mejorar.

- La concienciación sobre los beneficios de la remisión debería reforzarse mediante una mejor **formación médica de los médicos generales**. Con demasiada frecuencia, el debilitamiento se considera inevitable.¹⁰

- Es necesario desarrollar **estrategias nacionales** relativas a las mejores prácticas y la instauración del diagnóstico y la intervención tempranos, incluidas las normas asistenciales y los indicadores de calidad acordados.¹⁰

AMÉRICA LATINA



En **América Latina**, se ha desarrollado un modelo de atención para las clínicas de **EspA** temprana.

El modelo consta de tres tipos de centros, según el nivel de complejidad de cada institución. El modelo define indicadores de estructura, de procesos

y de resultados, y gira en torno a una atención integral, multidisciplinaria y centrada en el paciente.¹¹

1. NAO. Servicios para personas que padecen artritis reumatoide (en inglés). 15 de julio de 2009. <https://www.nao.org.uk/reports/services-for-people-with-rheumatoid-arthritis/>

2. Suresh E. Diagnosis of early rheumatoid arthritis: what the non-specialist needs to know. *J R Soc Med.* 2004;97(9):421-24.

3. Grätzel P. Rheuma-Verdacht: Welche Patienten müssen zum Spezialisten? Das entscheidet der Hausarzt [Sospecha de artritis reumatoide: ¿a qué paciente hay que derivar a un especialista? El médico de familia decide.] *MMW Fortschr Med.* 2014;156(6):20.

4. Raza K, et al. Timing the therapeutic window of opportunity in early rheumatoid arthritis: proposal for definitions of disease duration in clinical trials. *Ann Rheum Dis.* 2012;71(12):1921-23.

5. Cush JJ. Early rheumatoid arthritis—is there a window of opportunity? *J Rheumatol Suppl.* 2007;80:1-7.

6. Raza K, et al. The therapeutic window of opportunity in rheumatoid arthritis: does it ever close? *Ann Rheum Dis.* 2015;74(5):793-94.

7. Gremese E, et al. Very early rheumatoid arthritis as a predictor of remission: a multicentre real life prospective study. *Ann Rheum Dis.* 2013;72(6):858-62.

8. Akdemir G, et al. Predictive factors of radiological progression after 2 years of remission-steered treatment in early arthritis patients: a post hoc analysis of the IMPROVED study. *RMD Open.* 2016;2(1):e000172.

9. Heimans L, et al. Two-year results of disease activity score (DAS)-remission-steered treatment strategies aiming at drug-free remission in early arthritis patients (the IMPROVED-study). *Arthritis Res Ther.* 2016;18:23.

10. Alianza Global para el Acceso de Pacientes (GAFPA). The value of achieving remission in inflammatory rheumatic conditions. (El valor de lograr la remisión en enfermedades reumáticas inflamatorias.) Abril de 2024. <https://gafpa.org/wp-content/uploads/2024/04/GAFPA-Remission-MeetingReport-April-2024.pdf>

11. Santos-Moreno P, et al. Engagement process for patients with spondyloarthritis: PANLAR early SpA clinics project — centers of excellence. *Clin Rheumatol.* 2021;40: 4759–66.

POLONIA



En Polonia, se creó un programa nacional específico para la prevención y detección temprana de la AR (2016-2020).¹

Polonia ostenta los mayores retrasos en

el diagnóstico de toda Europa; el tiempo transcurrido desde los primeros síntomas hasta el inicio del tratamiento puede llegar a ser de 35 semanas.² **El programa incluyó la formación del personal médico y de los pacientes, herramientas de cribado y la validación del diagnóstico por un reumatólogo en atención ambulatoria.**

- Para ahorrar 1 día de incapacidad laboral temporal, hubo que invertir 12 dólares en sanidad
- Cada 1 dólar invertido generó un beneficio de 2 dólares

ESPAÑA



El programa más pionero hasta la fecha es la Clínica de Intervención Temprana del Hospital Clínico San Carlos de **Madrid (España)**,³ que se centró en la intervención temprana en casos de incapacidad laboral por dolencias ME, y en la que participaron 13 000 pacientes (1998-1999). El programa aceptó a pacientes derivados tras 5 días de baja laboral e incluyó talleres de formación para pacientes.

- La incapacidad laboral temporal fue un 39 % menor y la incapacidad laboral permanente un 50 % menor que con el modelo asistencial estándar.
- Para ahorrar 1 día de incapacidad laboral temporal, hubo que invertir 6 dólares.
- El grado de satisfacción de los pacientes fue alto.
- Por cada 1 dólar que se gastó, se ahorraron 11 dólares en pérdida de productividad y costes sanitarios.
- El beneficio neto del programa superó los 5 millones de dólares (2003 USD).

Si este enfoque se aplicara en toda España, habría 81 000 personas más que estarían en condiciones de trabajar en lugar de coger la baja por enfermedad.



46

millones Días de trabajo perdidos al año en España por enfermedades ME



39 %

Reducción de la incapacidad laboral temporal



50 %

Reducción de la ausencia laboral permanente en el estudio



81 000

Trabajadores más podrían acudir al trabajo cada día en España



11 \$

Ahorro en costes sociales por cada 1 \$ de gasto

1. Program polityki zdrowotnej. Nazwa programu: ogólnopolski program profilaktyki pierwotnej i wczesnego wykrywania reumatoidalnego zapalenia stawów. Okres realizacji: 2016-2020.

2. Raza K, et al. Delays in assessment of patients with rheumatoid arthritis: variations across Europe. *Ann Rheumatic Dis.* 2011;70(10):1822-25.

3. Abásolo L, et al. A health system program to reduce work disability related to musculoskeletal disorders [la corrección publicada aparece en *Ann Intern Med.* Diciembre de 2005 6;143(11):W165]. *Ann Intern Med.* 2005;143(6):404-14.

2. Se requiere una derivación adecuada y

la estandarización del recorrido asistencial del paciente¹, incluida la provisión de citas médicas urgentes si aparece un brote. Además, es necesario mejorar el acceso a los servicios de atención psicológica, ya que la depresión es común entre las personas con artritis inflamatoria.

- Es fundamental que se prescriba el medicamento adecuado. Los acuerdos de riesgo compartido basados en el desempeño —por ejemplo, los que existen para la AR en Argentina— pueden eliminar las barreras de los pagadores.²
- Si bien el pasar de un anti-TNF a otro puede parecer una buena solución para contener los costes de la medicación, es probable que este enfoque no reduzca el gasto global en costes médicos. Optar por un tratamiento con un mecanismo de acción diferente puede resultar más eficaz y menos costoso.³

REINO UNIDO



En el Reino Unido, **solo al 20 % de las personas con AR las atiende un reumatólogo** en los 3 primeros meses,⁴ mientras que en Austria la proporción es del 38 %.⁵

En el Reino Unido se realiza un **triaje adicional de las listas de espera** para garantizar que las personas adecuadas estén en la lista de espera de reumatología.⁶

COLOMBIA



En Colombia, un **innovador programa de manejo de la enfermedad para pacientes con AR** adoptó un enfoque multidisciplinar, que incluía reumatología, nutrición, psicología, fisioterapia y terapia ocupacional, medicina física y rehabilitación, según fuera el estado de actividad de la AR del paciente.

En una comparación con el tratamiento de referencia en la vida real, **aumentó el porcentaje que logra la remisión del 21 % al 59 %** y se redujo el porcentaje de pacientes con actividad de la enfermedad alta (HDA) del 18 % al 5 %.⁷

Además, los autores estimaron la eficiencia de utilizar centros de excelencia y calcularon un **ahorro de costes de hasta 223 874 dólares por paciente y año** (USD 2017).⁸

1. Santos-Moreno P, et al. Engagement process for patients with spondyloarthritis: PANLAR early SpA clinics project — centers of excellence. *Clin Rheumatol*. 2021;40: 4759–66.
2. di Giuseppe LA, et al. Experience of the performance-based risk-sharing arrangement for the treatment of rheumatoid arthritis with certolizumab pegol. *Value Health*. 2020;21:P201-P204.
3. Taylor PC, et al. Cost-effectiveness analysis of upadacitinib versus alternative treatment strategies for rheumatoid arthritis with inadequate response to TNFi in the United Kingdom; European Congress of Rheumatology 2024 (in press).
4. Stack RJ, et al. Delays between the onset of symptoms and first rheumatology consultation in patients with rheumatoid arthritis in the UK: an observational study. *BMJ Open*. 2019;9:e024361.

5. Puchner R, et al. Efficacy and outcome of rapid access rheumatology consultation: an officebased pilot cohort study. *J Rheumatol*. 2016;43(6):1130-35.
6. Alianza Global para el Acceso de Pacientes (GAfPA). The value of achieving remission in inflammatory rheumatic conditions. (El valor de lograr la remisión en enfermedades reumáticas inflamatorias.) Abril de 2024. <https://gafpa.org/wp-content/uploads/2024/04/GAfPA-Remission-MeetingReport-April-2024.pdf>
7. Santos-Moreno P, et al. Clinical outcomes of patients with rheumatoid arthritis treated in a disease management program: real-world results. *Open Access Rheumatol*. 2020;12:249-56.
8. Santos-Moreno P, et al. Centers of excellence implementation for treating rheumatoid arthritis in Colombia: a cost-analysis. *Clinicoecon Outcomes Res*. 2021;13:583-91.

3. Ajustes en el lugar de trabajo

Deben ponerse en marcha iniciativas que pongan de relieve los beneficios que los empresarios pueden obtener invirtiendo en una mano de obra sana. A los empresarios no sólo les interesa promover un entorno laboral saludable, sino que es su responsabilidad.¹

4. Automanejo

- Lamentablemente, en algunos países o comunidades la artritis inflamatoria está estigmatizada. Para que los pacientes puedan manejar ellos mismos su enfermedad de un modo adecuado, el estigma debe abordarse mediante una amplia educación ciudadana.²
- Las organizaciones de pacientes deberían ser tenidas en cuenta y formar parte del equipo asistencial. En el Reino Unido se está llevando a cabo un proyecto piloto en el que los reumatólogos derivan a los pacientes a una organización de pacientes, es decir, les conciertan una cita. La organización puede informar y capacitar de manera proactiva a los pacientes y hacerles comprender el papel que ellos mismos desempeñan en el manejo de la enfermedad.²
- En Suiza existe un programa que incluye ejercicios dirigidos por fisioterapeutas para abordar el componente de actividad física.²
- Las herramientas digitales pueden ser de gran ayuda para el automanejo, pero en algunos países los pacientes pueden verse abrumados por la cantidad de aplicaciones que existen, sin disponer de orientación o formación; en otros países, no hay aplicaciones disponibles en el idioma local.

1. Europe staying true to values 'enshrined in EU health strategy,' Parliament Magazine. 22 de septiembre de 2014.

2. Alianza Global para el Acceso de Pacientes (GafPA). The value of achieving remission in inflammatory rheumatic conditions. (El valor de lograr la remisión en enfermedades reumáticas inflamatorias.) Abril de 2024. <https://gafpa.org/wp-content/uploads/2024/04/GAfPA-Remission-MeetingReport-April-2024.pdf>





Conclusión

Lo que las sociedades no gasten en salud, en prevención y en capacidad lo acabarán gastando en discapacidad.

El gasto en capacidad permite a las personas vivir una vida fructífera y tener una buena calidad de vida.

Las personas con artritis inflamatoria que logran la remisión pueden experimentar una profunda transformación en su calidad de vida, sintiendo menos dolor, teniendo menos fatiga y siendo capaces de realizar actividades que les aporten alegría. En resumen, la remisión puede empoderar a las personas, permitiéndoles vivir la vida que elijan.

La carga económica que supone la artritis inflamatoria no controlada no se limita solo a los costes de la hospitalización. Abarca un abanico amplio de costes directos e indirectos, incluidas las visitas frecuentes al médico y una reducción de la productividad debida al dolor, la discapacidad y la

jubilación anticipada. Al lograr la remisión, las personas pueden reducir significativamente las cargas económicas tanto para ellas mismas como para la sociedad.

Es necesario adoptar medidas urgentes para que más pacientes puedan conseguir la remisión. El daño articular no se puede revertir. Es fundamental detener la evolución de la enfermedad en una fase temprana.

Las inversiones en salud no son una sangría para los recursos públicos, son una inversión.¹ Está claro que invertir en la remisión de la artritis inflamatoria no es solo una cuestión de salud personal, sino que también es un paso en pos de una sociedad más robusta y sostenible.

La Alianza Global para el Acceso de Pacientes (GafPA) agradece a AbbVie su apoyo como patrocinador de este glosario de evidencia.

1. NAO. Servicios para personas que padecen artritis reumatoide (en inglés). 15 de julio de 2009. <https://www.nao.org.uk/reports/services-for-people-with-rheumatoid-arthritis/>

Abreviaturas

EA: Espondilitis anquilosante

ASQoL: *Cuestionario sobre calidad de vida en casos de EA

BASDAI: *Índice de Bath de actividad de la enfermedad para espondilitis anquilosante

EPOC: Enfermedad pulmonar obstructiva crónica

AVAD: Año de vida ajustado en función de la discapacidad

UE: Unión Europea

URS: Utilización de recursos sanitarios

HAQ: *Cuestionario de evaluación de la salud

HDA: *Actividad de la enfermedad alta

LDA: *Actividad de la enfermedad baja

MDA: *Mínima actividad de la enfermedad

ME: Musculoesqueléticas (osteomusculares)

APs: Artritis psoriásica

CdV: Calidad de vida

AR: Artritis reumatoide

SF-36: Cuestionario sobre salud abreviado (36 ítems)

EspA: Espondiloartritis

TNF: *Factor de necrosis tumoral

RU: Reino Unido

EE. UU.: Estados Unidos

YLD: *Años vividos con discapacidad

YLL: *Años de vida perdidos por muerte prematura

*indica que son siglas en inglés

Fuentes

Abásolo 2005	GAfPA 2024	Navarro-Cano 2003	Santos Moreno EspA clínico
Akdemir 2016	GBD 2021	Opris-Belinski 2018	Sebbag 2019
Arthritis Foundation	Grätzel 2014	Ostor 2021	Secco 2020
BASW 2016	Gremese 2013	Oficina Parlamentaria de Ciencia y Tecnología 2016	Son 2015
Bergman 2022	Grygielska 2013	Perrotta 2020	Stack 2019
Bodur 2011	Gronning 2010	Programa nacional de Polonia para la prevención de la AR 2020	Stolwijk 2016
Boytsov 2016	Heimans 2016	Documento de políticas 2023	Suresh 2004
Coates 2018	Innala 2016	Puchner 2016	Parlamento del Reino Unido: enfermedades ME y empleo 2024
Cross 2014	Ishida 2018	Radner 2014	Van Tuyl 2010
Curtis 2013	Isik 2007	Raza 2011	Ware 1992
Cush 2007	Kekow 2011	Raza 2012	OMS
Di Giuseppe 2020	Kim 2017	Raza 2015	Wolfe 2003
Revista del Parlamento Europeo 2014	Klarenbeek 2011	Santos-Moreno AS	Wolfe 2009
Grupo EuroQoL 1990	McHorney 1993	Santos Moreno RA	Zhang 2010
Hoja de ruta final	Miranda 2012	Santos Moreno RA coste	
FtW Llamado a la acción – Riga	Molina 2015		
Gabriel 2003	Moura 2015		
	NAO 2009		

